

фологической излеченности патологической трансформации эндометрия.

Таким образом, изучение гормонально-рецепторного взаимодействия имеет большое значение для понимания механизма действия гормона на ткань-мишень. Оценка рецепторного статуса эндометрия позволяет выявлять гормонорефрактерные формы ГПЭ и прогнозировать течение заболевания. Внедрение в клиническую практику методов определения рецепторов стероидных гормонов дает возможность объективизировать назначение эффективной терапии.

### Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина. Ленингр.отд-ние, 1989. 463 с.
2. Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. Гиперпластические процессы эндометрия // Рук-во по эндокринной гинекологии/ Под ред. Е.М. Вихляевой. -М.:ООО «Мед. информ. агентство»,1998. С.684-711.
3. Клинико-прикладное значение исследования гормональной рецепции при стойкой гиперпластической трансформации эндометрия/ Е.М Вихляева, Р.Н. Щедрина, М.Л. Алексеева и др.//Акушерство и гинекология. 1998. №11. С. 26-30.
4. Определение рецепторов стероидных гормонов в гормонозависимых опухолях для назначения эндокринной терапии: Метод. рекомендации/ Сост.: Л.С. Бассалык и др. М.:1987. 16 с.
5. Рецепторы стероидных гормонов в опухолях человека/ Л.С.Бассалык, З.В.Кузьмина, Н.И.Муравьев и др.;Под ред. Л.С.Бассалык. М.:Медицина,1987.-224с.:ил.
6. Estradiol and progesterone receptors in estrogen-primed endometrium./D.K.Natrajan, T.G.Huldoon, R.B.Greenblatt, V.B.Mahesh // Am. J. Obstet. Gynecol. 1981. Vol.140. №4. P. 387-392.
7. Expression of steroid receptors, Ki-67, and epidermal growth factor receptor in tamoxifen-treated endometrium/ T.Hachisuga, T.Hideshima, T.Kawarabayashi et. al.//Int. J. Gynecol. Pathol. 1999, Vol.18. №4. P. 297-303.
8. Immunohistochemical estrogen receptor assessment in hyperplastic, neoplastic and physiologic endometrial/ S.S.Huang, L.Cheng, K.L.Lewin, J.S.Fu// Pathol. Res. Pract. 1981. Vol.187. №4. P. 487-495.
9. Spontaneous endometrial hyperplasia. The prognostic significance of steroid receptor concentration. A two year follow-up of patients treated with abrasio only/ B.Lindahl, M.Ferno, A.Norgren, R.Willen// Anticancer Res. 1991. Vol.11. №5. P. 1875-1877.

**А.В.Сикорский**

Белорусский государственный  
медицинский университет,  
г. Минск

## Состояние эмоциональной личностной сферы у детей с хронической гастродуоденальной патологией

С целью изучения эмоционально-личностной сферы у детей, страдающих хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), обследовано 226 больных и 88 здоровых детей. Первую группу составили пациенты только с ХГДП, вторую – больные с ХГДП и симптоматической артериальной гипотензией. Использованы клинические и психологические методы исследования. У больных детей отмечается наличие невротической симптоматики, более высокий уровень тревожности и специфический внутриличностный конфликт. Существует прямая зависимость повышенной тревоги больного ребенка от аналогичной личностной особенности одного или обоих его родителей. Наиболее фрустрированными и личностно более уязвимыми остаются дети с хронической гастродуоденальной

патологией и симптоматической артериальной гипотензией.

Хронические заболевания гастродуоденальной зоны остаются одной из актуальных проблем современной педиатрии. Высокая распространенность, склонность болезней желудка и двенадцатиперстной кишки к затяжному, рецидивирующему течению, экономические потери ставят проблему борьбы с гастроэнтерологическими заболеваниями в разряд социальных (3). Определенную роль в возникновении и развитии хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) играют личностные особенности больных (1,2). Данные о психосоматических взаимоотношениях у этой категории пациентов остаются немногочисленными и противоречивыми (4-7).

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния эмоционально-личностной сферы у детей, страдающих хронической гастродуоденальной патологией.

### Материалы и методы

Нами проведено обследование 226 детей школьного возраста с хронической патологией гастродуоденальной зоны. Хроническим гастродуоденитом страдали 197 пациентов (87,2%), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 12 (5,3%), эрозивным гастритом – 17 (7,5 %). В первую группу вошли 111 пациентов, имеющих только хроническую гастродуоденальную патологию, во вторую – 115 человек, страдающих наряду с основным заболеванием симптоматической артериальной гипотензией (САГ). Группу сравнения составили 88 здоровых детей, однородных по возрасту и полу. Диагноз заболевания устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, общеклинического обследования, данных эзофагогастродуоденофиброскопии, фракционного исследования желудочного сока, ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Личностные особенности оценивались с помощью универсального модифицированного Миннесотского теста (ММРІ) и опросника Р. Кеттела. Уровень тревожности определялся у детей и их родителей по результатам теста Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина. Ситуация психологического стресса моделировалась с помощью фрустрационной методики Розенцвейга, а количество психотравмирующих зон – тестом неоконченных предложений.

### Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показали (рис.1), что у детей как первой, так и второй группы преобладали тревожные черты личности над депрессивными. При этом пациенты с ХГДП и САГ имели максимальные показатели внутренней тревоги. Так, если у здоровых детей величина второй шкалы теста ММРІ составила 48,6 балла, а у пациентов первой группы – 58,3 балла ( $p<0,05$ ), то у больных с ХГДП и САГ она достигала 67,1 балла ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ) и проявлялась максимальным субъективным ощущением неопределенной угрозы и внутренней напряженности.

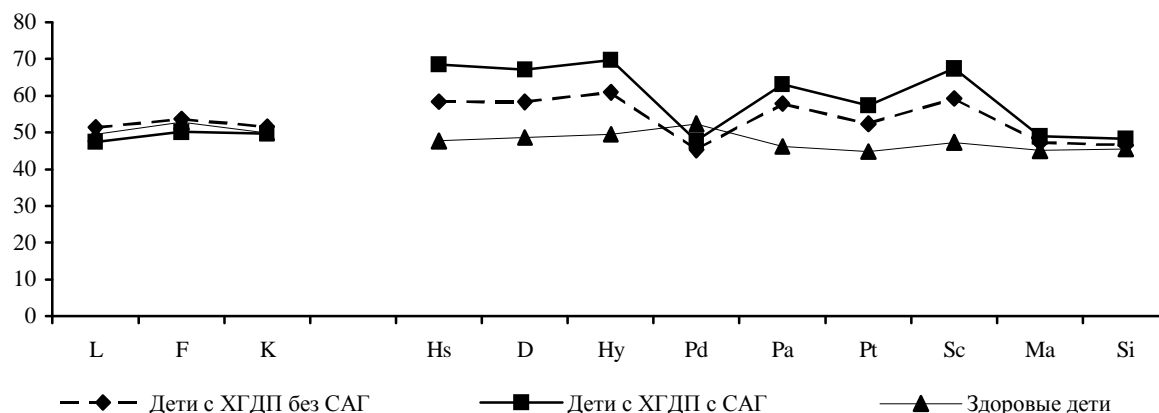


Рис. 1. Профиль личности детей с хронической гастродуоденальной патологией по тесту ММ

Наряду с высокой тревогой у всех пациентов установлено повышение показателя шкалы соматизации тревоги, характеризующей перенесение чувства страха с межперсональных отношений на процессы, происходящие в собственном организме. Оказалось, что у детей с ХГДП и САГ первая шкала теста ММРІ была максимально выраженной и составила 68,4 баллов против 58,4 баллов ( $p<0,01$ ) больных первой группы и 47,7 балла здоровых ( $p<0,001$ ). Повышенная тревога снижается не только ее соматизацией, но и вытеснением, что подтверждается высоким профилем третьей шкалы теста ММРІ. Максимальное отрицание трудностей в социальной адаптации отмечалось у пациентов второй группы. Если у больных с ХГДП без САГ показатели шкалы

вытеснения тревоги оставались увеличенными по сравнению со здоровыми на 11,5 балла ( $p<0,001$ ), то у больных с ХГДП и САГ – на 20,2 балла ( $p<0,001$ ;  $p<0,01$ ) соответственно. При этом выявленное у этих больных повышение левой половины профиля теста ММРІ (1-2-3) свидетельствует о недостаточности физических и психологических ресурсов для реализации мотивированного поведения в определенной ситуации, формировании жизненных затруднений. Возникшие трудности у этой категории больных объясняются ими как конкретной соматической, так и психологической симптоматикой (утомляемостью, раздражительностью, снижением памяти и настроения). Указанные жалобы с одной стороны обеспечивают повышенное внимание и

поддержку больному ребенку, а с другой – затрудняют его семейную и школьную адаптацию.

Анализ правой половины профиля теста ММРІ показал, что у пациентов обеих групп имеется одинаково повышенный по сравнению со здоровыми уровень ригидности аффекта, величина которого колебалась от 57,9 балла у детей с ХГДП без САГ до 63,1 балла ( $p<0,001$ ) группы больных с ХГДП и САГ. Сочетанное повышение шестой шкалы со шкалами невротической триады свидетельствует о развитии выраженной дисгармоничности у больных детей, формировании у них трудностей в межличностных связях и о нарушениях социальной адаптации, что наиболее значимо проявляется у пациентов с патологией гастродуоденальной зоны и симптоматической артериальной гипотензией.

Наряду с соматизацией и вытеснением повышенная тревога у больных детей снижалась путем фиксации тревоги и ограничительного поведения. Это подтверждалось увеличением профиля седьмой шкалы Миннесотского теста. Если пациенты первой группы имели уровень психастении 52,4 балла, второй – 57,3 балла, то здоровые дети – 44,8 балла соответственно ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Сравнивая профиль шестой и седьмой шкал теста ММРІ у больных обеих групп, мы не установили достоверных различий в их показателях, хотя профиль шкал невротической триады у них достоверно отличался. Полученные данные позволяют предположить, что высокая тревога у детей с ХГДП и САГ устраняется методом вытеснения и соматизации недостаточно эффективно. При этом вероятно, что ригидность аффекта, фиксация тревоги и ограничительное поведение у этой категории пациентов обусловлены в большей степени наличием соматической патологии вообще, чем отдельными ее формами.

Анализ профиля восьмой шкалы теста ММРІ, отражающий степень аутизма у больных детей, выявил неоднородность его показателей. Так, максимально высокой аутизация была у пациентов с ХГДП и САГ. Тем не менее, дети с ХГДП без САГ имели достоверно более высокие показатели восьмой шкалы (59,3 балла) по сравнению со здоровыми детьми (47,3 балла) ( $p<0,001$ ), но более низкие, чем пациенты второй группы (67,4 балла) ( $p<0,01$ ;  $p<0,001$ ). Сочетание высоких значений первой, второй, третьей и восьмой шкал Миннесотского теста свидетельствует о дисгармоничности больных детей обеих групп, и особенно пациентов с ХГДП и САГ. С одной стороны, больные с такими личностными характеристиками ориентированы на внешнюю

оценку и одобрение окружающих, а с другой – имеют нарушения межличностной коммуникации. Все это может быть источником формирования внутриличностного конфликта и способствовать еще большему нарастанию тревоги и внутренней напряженности.

Сравнительный анализ психологических особенностей больных и здоровых детей по тесту Р. Кеттелла выявил у них достоверную разницу в частоте отдельных личностных факторов (рис.2,3). Так, более высокая встречаемость низких стенов (1-3 стены) по факторам А и С была характерна для больных детей обеих наблюдаемых нами групп и может оценить их как эмоционально бедных, недоверчивых, замкнутых, неуверенных в себе, неустойчивых, легко ранимых, остро реагирующих на неудачу. Максимально часто встречаются такие психологические особенности у детей с ХГДП и САГ. Если у здоровых детей фактор (-А) был выявлен только в 3,4% случаев ( $p<0,001$ ), у пациентов с ХГДП без САГ – в 17,1%, то у детей второй группы – в 32,2% случаев ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ) соответственно. Дети с ХГДП и САГ больше, чем пациенты без гипотензии чувствуют себя беспомощными, неспособными справиться с жизненными трудностями, обидчивыми, одинокими, что создает трудности в установлении межличностных контактов.

Что касается фактора В, то нами не установлено достоверной разницы в частоте высоких и низких стандартных оценок во всех наблюдаемых группах детей. Одинаково часто встречались как дети с хорошим уровнем развития вербального интеллекта, так и со сложностью усвоения новых знаний. Частота фактора Д по низким стенам была одинаковой как у больных, так и у здоровых детей. Вместе с тем, процент высоких оценок по фактору Д у пациентов основных групп был достоверно выше показателей контроля. Так, частота фактора (+Д) у детей первой группы составила 25,2% против 7,9% здоровых ( $p<0,001$ ) и 39,1% пациентов с ХГДП и САГ ( $p<0,01$ ;  $p<0,001$ ). Дети второй группы больше, чем пациенты с изолированной ХГДП характеризуются повышенной возбудимостью и гиперреактивностью даже на слабые эмоциональные стимулы.

Аналогичным фактору Д по частоте встречаемости оставался фактор Е. Если по низким стандартным оценкам (1-3 стены) нами не выявлено разницы в его показателях, то по высоким стенам (+Е) больные дети обеих групп имеют достоверно более выраженную склонность к самоутверждению, независимости и лидерству.

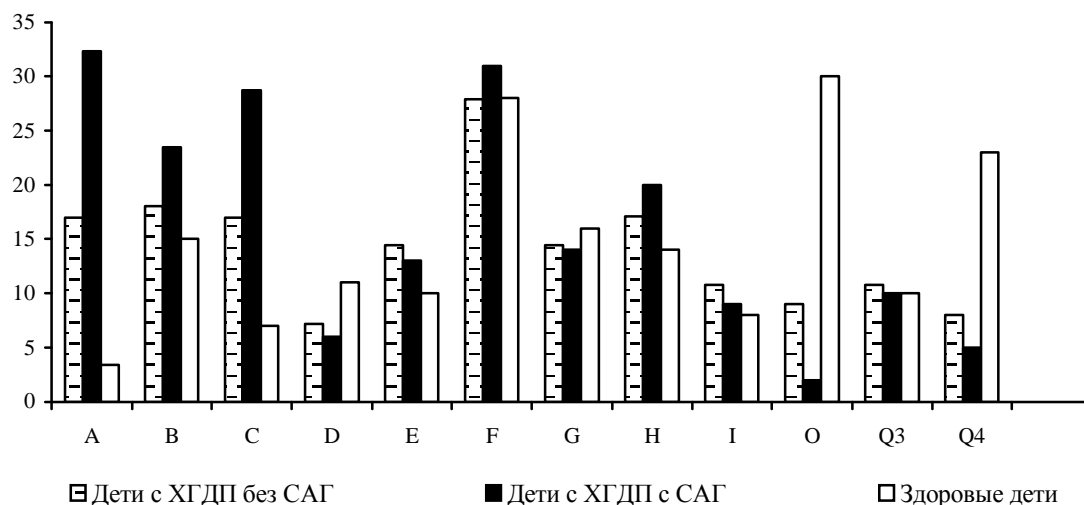


Рис. 2. Частота встречаемости личностных факторов детей по тесту Р. Кеттела (1-3 стена)

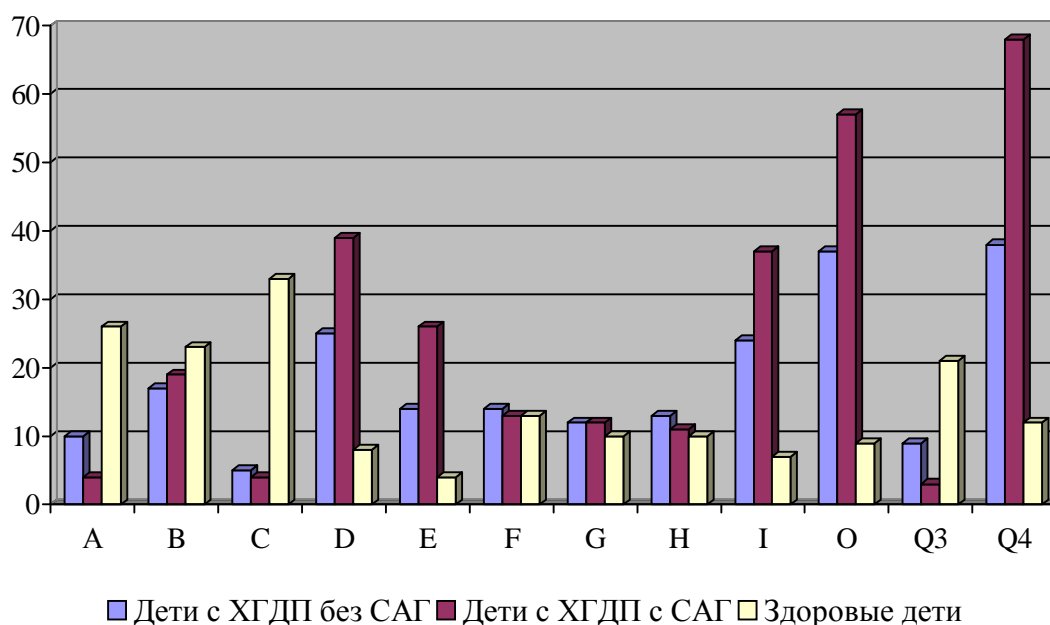


Рис. 3. Частота встречаемости личностных факторов детей по тесту Р. Кеттела (8-10 стенов)

Величина встречаемости факторов F,G,H оставалась одинаковой как у здоровых, так и у больных детей. Что касается фактора I, то нами установлены различия только в показателях высоких стандартных оценок, где частота (+I) у пациентов с ХГДП и САГ оставалась выше на 30,6% этого показателя здоровых ( $p<0,001$ ) и на 13% детей первой группы ( $p<0,01$ ).

Анализируя соотношение факторов C,E,I в каждой группе обследуемых нами больных, установили некоторые особенности. Здоровые дети больше чем больные обнаруживают уверенность в себе, спокойствие, стабильность и гибкость в межличностных контактах. Что касается больных детей обеих групп, то они с одной стороны обнаруживают неуверенность в себе, ранимость, чувствительность, зависимость от других, а с другой – потребность в доминировании, самоутверждении и лидерст-

ве. Такие противоречивые свойства личности, на наш взгляд, формируют внутриличностный конфликт и еще больше усиливают тревогу. Правильность этих предположений подтверждаются высокой частотой факторов +O,+Q4 у больных детей. Если в контрольной группе частота тревожности, озабоченности, подавленности составила 9,1%, а напряженности, раздражительности – 12,5%, у пациентов первой группы – 36,9% ( $p<0,001$ ) и 37,8% ( $p<0,001$ ), то у больных с ХГДП и САГ – 57,4% ( $p<0,001$ ;  $p<0,01$ ) и 67,8% ( $p<0,001$ ;  $p<0,05$ ) соответственно.

Доминирование тревожного аффекта в структуре личности больных детей подтверждалась результатами психологического обследования по методике Спилберга (таб.1). У пациентов наблюдаемых групп отмечалась высокая тревога как устойчивая черта личности.

Таблица Результаты обследования  
детей по тесту  
Спилбергера в баллах

Группа детей	Реактивная тревога	Личностная тревога
1. Дети с ХГДП без САГ, n=111	37,3±1,8	41,7 ± 1,9
2. Дети с ХГДП с САГ, n = 115	43,4 ± 2,1	48,1 ± 2,3
3. Здоровые дети, n = 88	28,5 ± 1,6	35,7 ± 0,8
Р 1-2	<0,05	<0,05
Р 1-3	<0,001	<0,01
Р 2-3	<0,001	<0,001

Реактивная и личностная тревога с высокой степенью достоверности преобладала у детей с ХГДП и САГ. Так, у этой категории пациентов реактивная тревога составила 43,4 балла, личностная – 48,1 балла, против 37,3 ( $p<0,05$ ) и 41,1 ( $p<0,05$ ) баллов пациентов с ХГДП без САГ. Оценивая взаимосвязь личностной тревоги больных детей и их родителей, мы установили высокий уровень корреляционных связей пациентов второй группы и их матерей ( $r=0,75$ ;  $p<0,05$ ), больных второй группы и отцов ( $r=+0,68$ ;  $p<0,05$ ). Что касается пациентов с ХГДП без САГ, то высокие корреляции выявлены только со стороны матери ( $r=+0,75$ ;  $p<0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют об участии одного или обоих родителей в становлении тревожных черт личности больных детей, что оказывает определенное влияние на формирование либо изолированной, либо сочетанной с САГ ХГДП и требует проведения психологической семейной диагностики и последующей психотерапевтической коррекции.

Наиболее важным в возникновении и развитии любой психосоматической патологии является не только структура личности пациента, но и ее реакция на стресс (5). Ситуация психологического стресса моделировалась нами с помощью фрустрационной методики Розенцвейга. Все больные дети имели низкий порог фрустрации, что проявлялось увеличением количества препятственно-доминантных (OD) ответов и уменьшением количества необходимо-упорствующих (NP). Максимальная фиксация на препятствии отмечалась у пациентов с ХГДП и САГ. Если показатели OD у здоровых детей составили 23,7, у больных первой группы – 28,3 ( $p<0,05$ ), то у больных с ХГДП и САГ – 35,4 ( $p<0,001$ ;  $p<0,01$ ) соответственно. Преобладание препятственно-доми-

нантного типа реагирования обусловлено достоверным повышением числа интрапунитивных ответов (I'). Так, величина I' у больных первой группы была 1,13; второй – 1,68 ( $p<0,02$ ) против 0,51 здоровых ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Таким образом, больные дети не могут самостоятельно разрешить стрессовую ситуацию при внутренней потребности сделать это, что порождает у них внутренний дискомфорт и увеличение степени тревоги.

Хотя частота самозащитного типа реакции (ED) у больных обеих групп не отличалась от здоровых, но ее направленность имела некоторые особенности. Так, максимальная агрессия была направлена на конкретное лицо и минимальной она была в отношении самого себя у пациентов с ХГДП и САГ. Если показатель экстрапунитивных (E) ответов у этой группы больных составил 7,73 ответов, то у здоровых – 4,11 ( $p<0,001$ ), а величина I – 2,01 и 4,72 ( $p<0,001$ ) соответственно. Дети с ХГДП без САГ занимали промежуточное положение между больными второй группы и здоровыми детьми. Величина E у этой категории пациентов была выше, чем у здоровых ( $p<0,001$ ;  $p<0,05$ ) и ниже, чем у больных с ХГДП и САГ ( $p<0,05$ ;  $p<0,001$ ). Показатели интрапунитивной реакции оставались достоверно более низкими, чем в контрольной группе ( $p<0,001$ ;  $p<0,05$ ) и более высокими, чем у больных с ХГДП и САГ. Отмечалось снижение частоты необходимо-упорствующего типа реакций у пациентов обеих групп, что свидетельствует о снижении способности адекватно разрешить стрессовую ситуацию, о блокировании потребности к поиску и нахождению выхода из стресса.

Доля NP у детей с ХГДП и САГ была меньше в 1,5 раза показателя первой группы ( $p<0,001$ ) и в 1,8 раза показателя здоровых детей ( $p<0,001$ ). Оценка направленности необходимо-упорствующего типа реагирования выявила отсутствие достоверной разницы в показателях экстра- и интрапунитивных реакций. Снижение импунитивных (m) ответов у больных обеих групп дает основание считать, что эта категория детей не надеется на самостоятельное решение ситуации примиряющим образом. Больные дети либо пытаются найти выход сами, либо апеллируют к помощи извне, так же как и здоровые ( $p<0,01$ ;  $p<0,01$ ), но надежда, что ситуация разрешится сама собой, без их участия, минимальна. Особенно пессимистичными оставались пациенты с ХГДП и САГ. Если показатель m у здоровых детей составил 2,88 балла, у больных с ХГДП без САГ – 1,98 ( $p<0,05$ ), то у больных второй группы – 1,03 ( $p<0,001$ ;  $p<0,05$ ) соответственно.

По типу реакции на фрустрацию обе группы больных детей достаточно гетерогенны, а характер их реагирования излишне фиксирован и ригиден. При наиболее адаптивном самозащитном типе реагирования пациенты резко экстрапунитивны, при необходимо-упорствующем – более интрапунитивны, а при наиболее часто встречаемом и наименее адаптивном – препятственно-доминантном типе реагирования – интрапунитивны с реакцией самоосуждения. Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее фрустрированными и личностно уязвимыми остаются дети с ХГДП и САГ.

По данным Исаева Д.Н.(5) возникновение и развитие психосоматической патологии у детей подростков зависит не только от особенностей личности больного и его реакции на стресс, но и количества психотравмирующих ситуаций. Анализ данных теста неоконченных предложений выявил 11 конфликтов из 14 рассматриваемых зон интерперсональных отношений. Межличностные взаимодействия ребенка и матери строятся одинаково как у здоровых детей, так и у пациентов обеих обследованных групп. Что касается отцов, наиболее сложными считаются отношения в группе больных с ХГДП и САГ. Если у здоровых детей интерперсональные связи отец – ребенок оцениваются в 1,43 балла, то у пациентов первой группы – 2,77 балла ( $p < 0,001$ ), а у детей с ХГДП и САГ – 3,78 ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ) соответственно. Уровень конфликтов в зоне интерперсональных отношений к противоположному полу ( $p < 0,05$ ), к товарищам ( $p < 0,05$ ), к нижестоящим ( $p < 0,05$ ) преобладал у пациентов с ХГДП и САГ над больными первой группы. Полученные данные позволяют предположить, что высокая психологическая и социальная дезадаптация по перечисленным зонам у больных с ХГДП и САГ обусловлена больше симптоматической артериальной гипотензией, чем хронической патологией гастродуоденальной зоны. Анализ показателей страхов, опасений, неверия в свои силы, неудовлетворенность прошлым, пессимизм будущего установил достоверное увеличение конфликтов у всех обследованных нами больных. Максимально выраженными они оставались у пациентов с ХГДП и САГ. Высокий уровень конфликтов в перечисленных зонах у детей с симптоматической артериальной гипотензией обусловлен, на наш взгляд, сочетанным действием как хронической гастродуоденальной патологии, так и низким артериальным давлением.

Таким образом, у детей с хронической гастродуоденальной патологией отмечается высокий уровень тревоги как устойчивой черты

личности. Больные дети стремятся уменьшить личностную тревогу путем ее соматизации и вытеснения. В первом случае тревога связывается с соматическими факторами и переносится на телесные ощущения. Во втором – она вытесняется из сознания, затрудняя нормирование достаточно устойчивого поведения, нарушая школьную и семейную адаптацию. Больные дети имеют трудности в отношениях с отцом, знакомыми, соучениками, товарищами и противоположным полом. Хотя отношения с матерью у больных детей не отличаются от здоровых, но высокая материнская тревога напрямую связана с аналогичной личностной чертой больного ребенка. Если у пациентов с ХГДП без САГ эти корреляции существуют только в одной взаимосвязи мать-дитя, то у больных с ХГДП и САГ в двух: мать-ребенок, отец-ребенок.

У больных детей противоречиво сочетаются потребность в зависимости, в поддержке со стороны других лиц и стремление к лидерству, доминированию и самоутверждению. Все это формирует внутриличностный конфликт и способствует еще большему нарастанию тревоги. Любой психологический стресс у пациентов с ХГДП и САГ, как правило, самостоятельно не разрешается, хотя каждый больной имеет внутриличностную потребность сделать это. Наиболее фрустрированными и личностно более уязвимыми остаются дети с хронической гастродуоденальной патологией и симптоматической артериальной гипотензией.

## Литература

1. Аванесова Е.Г. Психоневрологические и психологические особенности детей с патологией органов пищеварения // *Педиатрия*. 1993. 1 С 99-102.
2. Антропов Ю.В., Карпина Л.М. Аффективные нарушения и расстройства желудочно-кишечного тракта у детей и подростков // *Педиатрия* 1997. 3. С 52-57.
3. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков // *Российский психиатрический журнал*. 1998. 3. С 63-67.
4. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // *Российский мед. Журнал*. 1998. 2. С 43-49.
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. Санкт-Петербург, 2000.
6. Миронычев Г.П., Логинов А.Ф., Калинин А.В. Психосоматические аспекты язвенной болезни // *Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колпрокт.* 1996. 3. С 35-40.
7. Walker E., Roy-Byrne P., Katon W // *Amer.J.Psychiatr* 1990. Vol. 147. P 565-572.